

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THESE

163

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Fernando BASTIAN MILAN

Né à Camagüey (Cuba) le 31 Août 1911

**Sur quelques cas de Rétraction
de l'Aponévrose palmaire
(Maladie de Dupuytren) opérés**

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THESE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Fernando BASTIAN MILAN

Né à Camagüey (Cuba) le 31 Août 1911

Sur quelques cas de Rétraction de l'Aponévrose palmaire (Maladie de Dupuytren) opérés

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet,
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale... .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.	
AMELINE	Pathologie	chirurgic.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie	médicale.	LELONG	Pathol. expérimentale
Jstin BESANÇON	Hydrologie.		LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie	médicale.	LEVEUF	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie	médicale.	M ^{re} J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
BULLIARD	Histologie.		LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie	médicale.	MENEGAUX	Pathologie médicale.
CHEVALIER	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOREAU	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.		MOULONGUET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.		MOUQUIN	Anat. pathologique.
FUNCK	Pathologie	chirurgic.	OBEPLING	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.		PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.		PIEDELIEVRE	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie	chirurgic.	PORTES	Ophthalmologie.
DE GENNES	Pathologie	médicale.	RENARD	Physiologie.
GAYET	Physiologie		RICHTER	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.		SANNIE	Pathologie chirurgic.
HAGUENAU	Pathologie	médicale.	SENEQUE	Pathol. expérimentale
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.		TROISIÈRE	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.		TURPIN	Obstétrique.
HUGUENIN	Anat. pathologique.		VIGNES	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.		WILMOTH	Pathol chirurgic.
LACOMME	Obstétrique.			

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Physiologie.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pathologie chirurgic.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Pharmacologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		HEITZ-BOYER	
DUVOIR		MOURE	
LIAN		QUENU	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
SEZARY		VELTER	
		ECALLE	
		LE LORIER	
		METZGER	
		GUENIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR FERNANDO BASTIAN B.

Trop tôt ravi à mon affection. L'exemple de sa vie de sacrifice, d'énergie, de dévouement, est pour moi la plus belle ligne de conduite. Son souvenir pieusement conservé restera mon réconfort et ma force.

A MA MÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

Dont l'affection et la sollicitude m'ont permis l'achèvement de mes études.

Avec toute ma tendresse et ma profonde reconnaissance.

A SIMONE

A M. MIGUEL A. CESPEDES C.

Avocat

Sous-Secrétaire de Justice à la Havane

ARMANDO PEREZ

Comme témoignage de ma gratitude.

A M^{me} ET M. LE DOCTEUR DOMINGUEZ

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHEVASSU

Professeur de Pathologie Extérieure
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*En témoignage de ma profonde reconnais-
sance pour son précieux enseignement.*

A MON JURY DE THÈSE

A MON MAITRE
M. LE DOCTEUR J. BRAINE
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Qui nous a suggéré le sujet de notre thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de ma très
profonde admiration et de mon entier
dévouement pour ses excellents conseils et
son accueil toujours bienveillant.*

A M. LE DOCTEUR MAXIMIN
Assistant à la Consultation de Chirurgie
de l'Hôpital Saint-Antoine

*Pour la sympathie qu'il nous a toujours
témoignée.*

A M. LE DOCTEUR B.-J.- IOVANOVITCH
Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LA HAVANE

A MES CAMARADES D'ETUDE
A MES AMIS

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT :

M. LE DOCTEUR GEORGES BROUET
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Pour tout ce qu'il a fait pour nous.

MM. MANUEL MORENO
CÉSAR NARDI
PICARD-LEROY
Internes des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

La maladie de Dupuytren a été l'objet de très nombreux travaux dans ces dernières années et dans les traités de chirurgie, sa description clinique est restée classique, depuis le remarquable mémoire de Dupuytren (1831).

Il n'en est pas de même quant à son traitement : Chirurgiens et Médecins se sont efforcés par des moyens thérapeutiques divers de guérir cette curieuse affection, dont l'évolution progressive peut aboutir à la rétraction complète de doigts dans la paume, constituant une infirmité définitive.

Nous ne voulons pas ajouter un nouveau traitement ; notre travail a uniquement pour but, en nous appuyant sur les diverses observations que nous rapportons, d'étudier les résultats éloignés obtenus dans le service de notre Maître le Docteur J. Braine.

Après avoir exposé la technique par lui employée, nous montrerons que cette méthode, associée à l'ionisation iodée, a donné les meilleurs résultats.

C'est à mon Maître, le Docteur Braine, que je dois l'inspiration de ce travail et les observations que je publie. Qu'il veuille bien trouver ici mes remerciements les plus sincères et une preuve de ma très grande reconnaissance.

Nous allons diviser notre travail de la façon suivante :

1° Historique des divers traitements utilisés et différents procédés opératoires employés ;

2° Anatomie de l'aponévrose palmaire moyenne;

3° Anatomie pathologique ;

4° Technique employée dans les cas que nous rapportons ;

5° Observations et résultats ;

6° Conclusions.

HISTORIQUE

Depuis qu'en 1831, le grand chirurgien français Dupuytren donna le premier la description clinique de l'affection qui porte son nom et montra que la lésion anatomique est « une rétraction de l'aponévrose palmaire » les travaux se sont multipliés sur la question.

Passons brièvement en revue les différents moyens médicaux employés pour faire régresser la rétraction ; on a préconisé successivement :

- les injections locales de fibrolysine (Quènu),
- l'ionisation salicylée (Hartmann),
- l'ionisation iodée (Bourguignon, P. Mathieu),
- la radiothérapie (Belot),
- ionisation et radiothérapie alternées, massages, douches, air chaud.

Notons qu'attribuant théoriquement à un hyperfonctionnement des glandes parathyroïdes les lésions fibreuses de la rétraction de l'aponévrose palmaire, certains auteurs (L. Cornil en particulier) ont fait procéder à des parathyroïdectomies qui n'ont jamais donné les résultats attendus.

Ces méthodes ne connurent qu'une faveur passagère et furent bien vite abandonnées car aucune d'elles n'a donné la preuve d'une efficacité suffisante pour que l'on puisse, sans perdre son temps, les appliquer afin d'éviter l'opération.

L'ionisation iodée, combinée à la chirurgie, constitue un excellent traitement post-opératoire, sur lequel nous insisterons au cours de ce travail.

Aussi le seul traitement efficace : c'est le traitement chirurgical ; tous les auteurs sont d'accord pour lui donner la préférence, mais d'une manière générale, le seul point litigieux réside dans le choix du procédé opératoire.

Nous allons donc donner une vue d'ensemble sur les différents procédés opératoires employés.

Première étape : Aponévrotomies :

Dupuytren, le premier en 1832, s'attaquait à la cause anatomique de la rétraction.

Il sectionnait l'aponévrose par des incisions transversales échelonnées : les doigts ne revenaient pas tout de suite à leur position normale : non seulement les récidives étaient fréquentes, mais on observa des aggravations.

Goyrand en 1833 faisait des incisions longitudinales sur la face palmaire, au niveau des tendons intéressés ; il disséquait les lèvres de la plaie, découvrant ainsi la corde de rétraction qu'il sectionnait en un ou plusieurs endroits, jusqu'à obtenir une extension aussi parfaite que possible, mais il laissait forcément des résidus de tissus sclérosés qui ne demandaient qu'à reproduire la lésion préexistante.

Nous dirons de même sur le procédé de *Richel* qui consiste à ajouter une incision transversale à chacune des deux extrémités de l'incision longitudinale de *Goyrand* et après dissection de deux lambeaux cutanés, à exciser simplement les brides aponévrotiques.

Busch après isolement d'un lambeau de peau triangulaire réséquait les brides fibreuses gênant l'extension, puis laissait la plaie cicatriser par seconde intention.

Lannelongue s'inspirant du procédé de Busch, enlevait en bloc peau, tissu cellulaire, aponévrose, puis suturait en outre la plaie en Y aussi complètement qu'il le pouvait,

Entre temps, d'autres voies furent essayées ; à l'étranger Astley Cooper faisait des sections aponévrotiques sous-cutanées des parties sclérosées, avec un ténotome.

Trélat fut le défenseur de ce procédé en France, qu'il complète en ajoutant la section des adhérences entre l'aponévrose et la peau, aux sections sous-cutanées des brides fibreuses de l'aponévrose, en avant des tendons.

C'est une opération aveugle, on ne sait à quel moment toutes les brides seront sectionnées et les résultats sont mauvais.

Aussi toutes ces méthodes, défendables à la période préantiseptique, ne sont plus de mise aujourd'hui,

Deuxième étape : Aponévrectomies :

Cette méthode naquit lorsque Jules Guérin, Malgaigne, Nélaton, Velpeau insistèrent sur l'étendue des lésions aponévrotiques et l'atteinte ultérieure du tissu cellulaire et de la peau.

Il fallait donc substituer à la simple section des brides, la résection complète de l'aponévrose malade et de ses expansions superficielles et profondes, seul moyen d'éviter les récidives.

Deux procédés ont été préconisés :

1° l'aponévrectomie avec résection simultanée de la peau et de l'aponévrose malade ;

2° l'aponévrectomie avec conservation de la peau de la région palmaire.

Le défenseur du premier procédé fut Berger qui, poursuivant les idées de Lannelongue, sacrifia

la peau et tout ce qui est rétracté, faisant la réparation cutanée par un greffon à l'ilatiennne emprunté à la peau du flanc ou de la cuisse.

Nous n'insisterons pas sur les détails de cette intervention qui a été décrite dans la Thèse de Rogue de Fursac en 1892.

Dans ces derniers temps les auteurs anglo-saxons ont repris cette méthode : Kanavel, Koch, Mason ont publié la statistique intégrale de leurs opérés depuis 15 ans, enfin Lexer fait état dans la dernière édition de son livre de plus de 300 opérés. Tous ces auteurs se contentent de faire des statistiques avec des résultats excellents sans les détailler, aussi ne pouvons-nous pas être fixés sur la qualité des bénéfices que ces malades ont tiré.

Nous estimons que la résection de l'aponévrose et de la peau est une mauvaise méthode, elle entraîne des suites opératoires fort pénibles pour un résultat fonctionnel médiocre. En outre, le pronostic professionnel est entravé ; la peau de la face palmaire a une constitution, une structure hautement différenciée, une consistance spéciale qu'on ne peut remplacer par aucune autre peau de l'organisme ; ajoutons aussi que les malades atteints de rétraction de l'aponévrose palmaire sont, la plupart, des ouvriers qui ont besoin de faire de durs travaux, aussi comprend-on les inconvénients de cette méthode.

C'est pourquoi nous préférons l'aponévrectomie avec conservation de la peau, dont Routier en 1908 montra l'incontestable supériorité malgré la difficulté de disséquer les lambeaux cutanés, très souvent fusionnés avec l'aponévrose sclérosée (Communication à la Société de Chirurgie le 24 Juin, en 1908).

Dans la Thèse de son élève Pitaud en 1909,

Routier propose une nouvelle méthode de traitement chirurgical.

« Il incise la peau de la paume sur le milieu des nodosités qui constituent la lésion de l'aponévrose, cette incision est prolongée du côté du talon de la main à deux centimètres au-dessus de l'induration fibreuse, et, par en bas jusqu'à sur « le ou les » doigts rétractés en faisant dévier l'incision en forme de U sur chacun d'eux. Puis il dissèque la peau de la main et de la racine des doigts, cette dissection est fort difficile le derme palmaire étant très aminci et presque fusionné avec l'aponévrose ; aussi ne peut-on disséquer cette peau sans la lacérer de quelques coups de bistouri, malgré tout le soin et l'habileté de l'opérateur

Le fibrome rétracteur étant bien mis à nu, il résèque tout ce qui est dur, tout ce que l'on sent tendu, en palpant avec la pulpe du doigt et aussi loin qu'il est nécessaire et sur la paume, et sur les doigts.

Ceci fait, il pratique une bonne hémostase et sans suturer il laisse retomber à leur place, les lambeaux fort précaires. »

Kocher, puis Vautrin par une incision longitudinale en T (Kocher) ou en V (Vautrin) pratiquèrent des incisions plus ou moins complètes.

Cependant la méthode de Routier comporte encore des résultats incertains et des récidives relevant : 1° de l'excision incomplète de l'aponévrose malade, 2° de l'incision de la peau sur le trajet des tendons.

Nommons encore certains auteurs : Hutchinson en 1917, a proposé la résection des têtes métacarpiennes, ou phalangiennes, avec raccourcissement du tendon extenseur, comme traitement des cas in-

vétérés. Ombredanne aurait eu la même idée en 1908.

D'autres ont proposé l'amputation d'emblée des doigts très fléchis, et qui gênent la préhension. Ces deux interventions sont plus nocives qu'utiles, si l'on ne touche pas à la cause de la flexion.

Il a fallu vraiment arriver à ces dernières années pour trouver la marque d'un intérêt nouveau suscité par cette maladie.

Desplas et Meillère dans une communication faite à la Société Nationale de Chirurgie (séance du 2 Mars 1932) exposent une technique opératoire concernant la maladie de Dupuytren, tout en restant fidèles au principe de l'aponévrectomie avec conservation de la peau.

Ils conseillent de libérer un lambeau médian en le laissant adhérent à ses deux extrémités, au doigt et au poignet ; ainsi peuvent-ils avoir un bon jour sur toute l'aponévrose et lorsqu'il s'agit de suturer il n'y a que des sutures longitudinales et aucune suture transversale à faire.

Ainsi par deux incisions longitudinales, l'une interne dans le quatrième espace intertendineux en dedans du tendon fléchisseur de l'annulaire, pour aboutir à la quatrième commissure interdigitale, puis se recourber pour gagner la face interne de l'annulaire et remonter sur la face latérale du doigt ; l'autre externe dans le deuxième espace intertendineux pour aboutir à la deuxième commissure interdigitale et se courber en dedans pour longer la face externe du médius. Ils réalisent la taille « d'un lambeau en pont » qui leur permet d'exciser l'aponévrose palmaire et ses expansions.

Dans la même année, Moure préconise l'incision latérale interne suivant le bord cubital du cinquième doigt traversant obliquement l'éminence

hypothénar, jusqu'à la ligne médiane ; il soulève la peau de la paume jusqu'au delà de la ligne médiane, ce qui lui permet de suivre les expansions de l'aponévrose.

En cas d'atteinte de l'index et du médius, il pratique une deuxième incision qui suit le bord radial de la main.

Tout en faisant l'éloge de la technique du Docteur Desplas qui a donné entre les mains de cet auteur d'excellents résultats et que plusieurs chirurgiens en France, comme nous-même avons eu l'occasion d'employer, nous préférons la technique adoptée par notre Maître M. Braine, car si, dans le procédé de Desplas, on accède assez facilement sur les expansions destinées aux bords externes du troisième doigt et internes du quatrième, il était beaucoup plus difficile d'aller sectionner celles des bords opposés ; en outre, on travaille dans un fond, on a beau soulever la peau aussi bien que possible, cela n'est pas commode, tandis qu'en reclinant la peau vers l'éminence hypothénar la région s'expose largement, la dissection se fait dans de meilleures conditions et la résection de l'aponévrose palmaire est plus complète.

Avant d'entrer en plein dans le sujet, il nous semble utile toutefois, de rappeler les notions anatomiques de l'aponévrose et quels en sont les éléments atteints de sclérose.

ANATOMIE

L'aponévrose palmaire superficielle dont l'at-teinte détermine la rétraction ou maladie de Dupuytren, est une lame fibreuse triangulaire née du bord inférieur du ligament annulaire ou mieux, de l'épanouissement du tendon du petit palmaire, descendant vers les doigts en s'étalant en éventail. Ses bords latéraux sont unis aux aponévroses thénariennes et hypothénariennes, qui respectivement recouvrent les muscles des éminences thénar et hypothénar.

Elle est formée de fibres longitudinales se rassemblant en quatre bandelettes prétendineuses, qui se divisent à la racine des doigts en trois faisceaux : l'un médian se jetant à la face profonde du derme de la phalange basale, les deux autres latéraux croisant en écharpe les bords des tendons fléchisseurs correspondants, auxquels elles constituent une fourche, pour aller ensuite se perdre sur les faces latérales de la première phalange.

Ces bandelettes envoient de plus des expansions, les unes superficielles, les autres profondes. Les fibres superficielles forment de fins tractus allant à la face profonde de la peau.

Les fibres profondes s'enfoncent dans la paume pour aller se fixer sur les bords latéraux des métacarpiens et sur l'aponévrose palmaire moyenne ; elles forment de véritables cloisons sagittales discontinues, limitant une série de tunnels où glissent res-

pectivement tendons fléchisseurs, lombricaux, vaisseaux et nerfs digitaux.

Ces fibres profondes, surtout fortes au niveau des têtes métacarpiennes et des articulations métacarpo-phalangiennes, semblent apparaître vers le milieu de la paume de la main; en réalité, elles existent dès la racine de la paume, mais ce sont, à ce niveau, si grêles et si fines à l'état normal qu'elles y passent pratiquement inaperçues.

Telle est la description classique de l'aponévrose palmaire moyenne d'après Legueu et Juvara.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dupuytren sépara la maladie qui porte son nom de la classe des rétractions tendineuses avec lesquelles elle était confondue. Il put mettre en évidence la lésion anatomique : c'est une rétraction de l'aponévrose palmaire, cette sclérose rétractile atteint non seulement les fibres longitudinales, mais aussi les tractus superficiels et les expansions profondes. Les languettes prétendineuses forment des brides épaisses, rigides, inextensibles, souvent semées de nodules, ou bien, il s'agit seulement d'un seul nodule d'origine aponévrotique siégeant au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du quatrième doigt indiquant la lésion initiale.

Goyrand et Velpeau insistaient sur les lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Les tractus superficiels épaissis et tassés, attirent la peau qui, plissée transversalement est fixée et figée au contact de l'aponévrose, semblant faire corps avec elle ; à ce niveau la peau est ombiliquée, déprimée, elle est fixée par les tractus qui se jettent à sa face profonde ; en réalité « elle ne participe pas en soi au processus de sclérose et le plus souvent on peut la libérer et la conserver », ce n'est que dans les cas très avancés que la dissection devient difficile.

Les expansions profondes de l'aponévrose rétractées et épaissies attirent les gaines où coulisent les tendons, lombriciformes, pédicules vasculo-nerveux. Enfin les fibres obliques sclérosées forment à chaque tendon une fourche inextensible. Ainsi la

flexion progressive des doigts résulte autant, sinon plus, de la sclérose rétractile progressive de ces fibres profondes et de ces fibres obliques, que de celles de fibres longitudinales.

L'intégrité des tendons enserrés par ces gaines rigides est la règle, de même que celles des coulisses fibreuses digitales.

Les lésions articulaires sont rares au début, mais dans les cas anciens, il existe des déformations articulaires secondaires, rétropulsion de la tête du métacarpien, et amorce de luxation de la phalange en avant : ceci est dû à la rétraction des ligaments antérieurs et latéraux (Delbet).

Lenormand et Sicard ont publié un cas où cette rétraction ligamentaire s'était poursuivie même après aponévrectomie et Gangolphe (Th. de Fassel) la tenait pour préexistante à la rétraction aponévrotique, ce qui ne paraît pas prouvé.

Quant à la nature histologique des lésions, nous ne savons rien de certain, sauf qu'il s'agit d'une lésion limitée à l'aponévrose et à sa transformation en tissu fibroblastique : leur examen microscopique révèle l'existence d'un tissu conjonctif riche en cellules formant à certains endroits de véritables petits fibromes.

Les données que nous venons d'exposer nous permettent de souligner une notion importante : c'est la nécessité d'exciser l'aponévrose malade, non seulement sur les languettes longitudinales, mais aussi sur les tractus superficiels qu'il faut désinsérer de la peau et sur les expansions profondes qu'il faut réséquer et poursuivre aussi loin que possible, seul moyen d'éviter la récurrence, d'où nécessité de poursuivre par la dissection toutes les expansions de l'aponévrose palmaire moyenne dont on sait le nombre et l'extension profonde.

TRAITEMENT

Nous avons vu, dans le chapitre de l'historique, l'évolution qu'a suivie la chirurgie dans le traitement de la maladie de Dupuytren. Il ne nous reste plus qu'à décrire la technique employée par le Docteur Braine et le traitement post-opératoire que nous faisons suivre à nos malades.

TECHNIQUE

Sans vouloir faire figure de novateurs, nous allons décrire la technique que nous avons adoptée, technique proche parente de celle de Desplas, mais qui en diffère par quelques points de détail, concernant le tracé du lambeau cutané.

Bien entendu le principe essentiel de l'intervention est toujours le même : « Il faut disséquer et réséquer minutieusement, complètement, intégralement toute l'aponévrose palmaire moyenne, et la totalité de ses expansions tant à la paume qu'à la racine des doigts infléchis par la rétraction ».

Voici notre façon de procéder :

1° *Anesthésie*. — En ce qui concerne l'anesthésie et sauf contre-indication sérieuse nos préférences vont incontestablement à l'anesthésie générale.

2° *Préparation du champ opératoire*. — Une fois le malade endormi, nous appliquerons la bande d'Esmarch, laquelle en nous donnant une ischémie

temporaire, nous permet d'opérer à ciel ouvert et sans le suintement sanguin, si abondant dans cette région ; seule façon de faire une dissection minutieuse et de respecter les pédicules vasculo-nerveux.

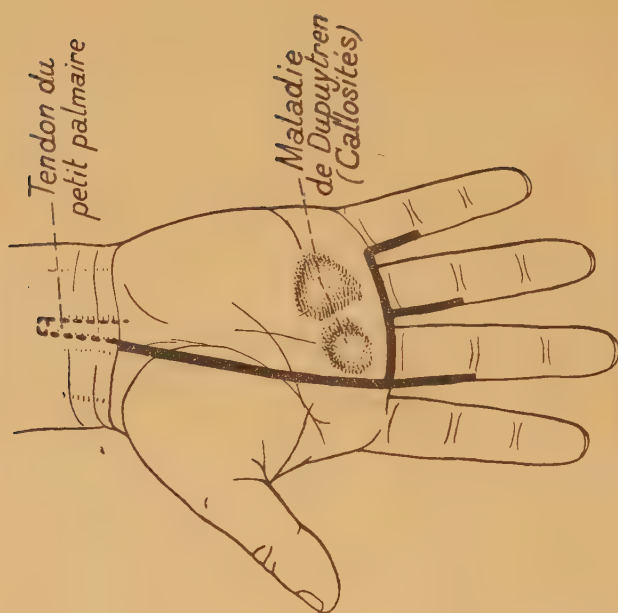
La stérilisation du champ opératoire est faite, comme pour toute intervention aseptique, aussi n'insisterons-nous pas sur toutes les précautions d'usage dont doit s'entourer le Chirurgien.

3° Conduite de l'opération.

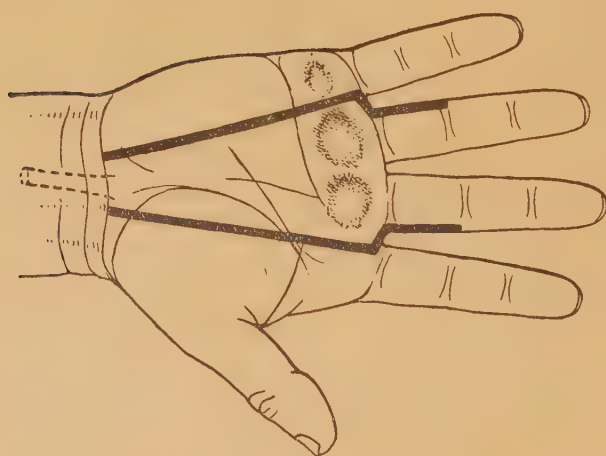
Premier temps : Incision cutanée. — Le tracé du lambeau comprend deux incisions : une incision palmaire longitudinale allant du milieu du poignet suivant le deuxième espace pour aboutir à la deuxième commissure interdigitale, une autre horizontale passant par les plis de flexion digito-palmaires des trois derniers doigts. Ainsi est délimité un lambeau angulaire, qu'on rabat vers l'éminence hypothénar ; le jour obtenu sur toute la paume est parfait.

Puis, par une ou deux petites incisions longitudinales latérales, nous délimitons un petit lambeau palmaire phalangien, qui nous permet de pousser la dissection jusqu'à la deuxième phalange de chaque doigt (M. Braine faisait tout d'abord deux incisions latérales à la racine du doigt et s'est contenté dans ses derniers cas d'une seule, qui paraît suffire à délimiter un petit lambeau phalangien, ce qui simplifie les sutures). (Voir fig. page suivante).

Deuxième temps : Libération de la peau. — Pour ceci, il faut sectionner tous les tractus allant à la peau par une dissection minutieuse, il faut véritablement sculpter l'aponévrose à la face profonde de la peau, cette dissection facile au début de la maladie devient difficile dans les cas très avancés, même dans ces derniers, avec doigts absolument flé-



Lambeau angulaire (BRAINE)



Lambeau en pont (DEPLAS)

chis dans la paume, il est parfois possible de séparer la peau de l'aponévrose, c'est simplement une question de minutie. La peau très amincie, perforée même en quelques points retrouvera très bien sa vitalité à condition de ne pas corriger de suite la déformation. On respectera également avec soin les vaisseaux et les nerfs collatéraux des doigts qui émergent entre les bandelettes prétendineuses.

A la fin de ce temps, le lambeau est disséqué et on le récline ensuite vers l'éminence hypothénar. Si parfois une ou plusieurs petites entailles n'ont pu être évitées à la peau, elles n'ont aucune importance fâcheuse.

L'aponévrose malade est à découvert de telle façon que tous les tissus suspects peuvent être enlevés avec sûreté.

On se rend facilement compte qu'en délimitant un lambeau palmaire angulaire, au moyen d'incisions telles que nous les avons décrites plus haut, et en le réclinant vers l'éminence hypothénar, après l'avoir soigneusement disséqué, on obtient un jour suffisant et considérable pour bien disséquer et réséquer toutes les expansions de l'aponévrose palmaire.

On ne travaille plus dans un fond et l'on n'est pas gêné par un lambeau cutané en pont qu'on est obligé de soulever constamment. De même, la disposition des lèvres de la plaie permet de suivre la dissection aussi loin qu'il le faut sans que pour cela la vitalité du lambeau en soit diminuée, sans qu'on soit obligé de faire des incisions complémentaires.

Au point de vue opératoire et fonctionnel, nous n'avons pas constaté de brides cicatricielles à tendance rétractile gênant le fonctionnement des tendons. En effet, notre incision verticale est latéralisée, décalée par rapport à la zone cutanée de pro-

jection des tendons fléchisseurs. Quant à l'incision horizontale, elle suit exactement la direction des lignes des sillons de la peau dans les plis de flexion des doigts (plis digito-palmares) et nous sommes convaincus qu'après de semblables incisions, les cicatrices deviennent par le temps et sous l'influence de l'ionisation iodée, si fines et si souples qu'on a pour ainsi dire peine à les reconnaître (vérification faite sur les malades anciennement opérés, et que nous avons convoqués, pour la rédaction de ce travail, à l'Hôpital Saint-Antoine).

Troisième temps : On met à nu le tendon du petit palmaire qui sert de guide pour la dissection de l'aponévrose, on le coupe, on s'en sert comme tracteur et on descend l'aponévrose palmaire moyenne à partir de la gaine de l'index.

On libère les parties latérales de l'aponévrose, on dissèque soigneusement la gaine tendineuse du médius, on résèque soigneusement le tissu fibreux adhérent à l'aponévrose palmaire moyenne en décollant la gaine des fléchisseurs, en particulier au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et le long du tendon de l'interosseux et de la première phalange des 3°, 4° et 5° doigts. On dégage ainsi leurs gaines correspondantes.

A chaque doigt on résèque les expansions de l'aponévrose jusqu'à la face latérale des articulations métacarpo-phalangiennes, la dissection est poursuivie presque jusqu'au plan squelettique.

Ainsi, l'aponévrose sclérosée est enlevée en bloc. La dissection est poussée jusqu'à la deuxième phalange des doigts grâce à une ou deux incisions longitudinales parallèles à chacun des bords externes ou internes des doigts qui délimitent un petit lambeau palmaire phalangien.

A la fin de ce temps, le paquet vasculo-nerveux et les tendons, soigneusement disséqués, sont mis à nu d'un bout à l'autre, comme dans une véritable préparation anatomique.

La conséquence en est la libération des doigts qui dès lors sont défléchis et qui arrivent à retrouver leur extension complète, sauf si l'ancienneté considérable de la maladie a créé des lésions ostéo-articulaires secondaires invétérées.

Quatrième temps : Hémostase, réparation et suture. — On enlève la bande d'Esmarch, on fait une hémostase rigoureuse au petit catgut.

On suture les petits lambeaux constitués par les débridements latéraux au niveau des premières phalanges, puis on réapplique très exactement le lambeau palmaire en faisant une suture précise au fil de lin avec points assez lâches pour ne pas emprisonner un hématome, s'il venait à s'en constituer un de quelque importance.

Drainage filiforme à la hauteur des plis digito-palmaires. Pansement à la pommade au collargol à 10 %, en plaçant la main en position de fonction (ceci est capital), car la flexion favorise la coaptation du lambeau et des plans sous-jacents, et en même temps permet à la peau de retrouver sa vitalité ; tandis que l'extension sur une planchette rend cette coaptation moins parfaite.

Les suites opératoires sont en général très simples.

Le drainage est retiré au bout de deux ou trois jours. Le premier pansement enlève quelques compresses sanglantes, mais l'hémorragie est en général minime ; il est enfin inutile de faire un deuxième pansement avant le neuvième ou dixième jour, date de l'ablation des fils.

Des points de nécrose de la peau sont possibles, mais assez rares : ils se réparent facilement sans altérer la bonne marche de la cicatrisation, qui se fait en général complètement du douzième ou quinzième jour.

Traitement post-opératoire : Aussitôt que la plaie est guérie complètement, nous conseillons à nos malades de faire des mouvements actifs des doigts (flexion et extension), et en même temps nous commençons à appliquer le traitement post-opératoire par l'ionisation iodée, suivant le procédé décrit par le Docteur Bourguignon.

Technique : Solution d'iodure de potassium à 3 %,
électrodes spongieux imbibés de la solution,
électrode + au dos de la main,
électrode — à la face palmaire.

On n'emploiera que des intensités faibles, de l'ordre de 3 à 5 M.A. et on n'élèvera que très progressivement l'intensité du courant (courant rigoureusement constant fourni par des piles ou accumulateurs, emploi d'un réducteur de potentiel) et on prolongera jusqu'à 30 minutes la durée de la séance.

Il faut un minimum de 15 séances, au bout desquelles l'assouplissement des tissus est considérable et la reprise du fonctionnement des doigts est surprenant. Parfois plusieurs séances supplémentaires sont nécessaires, mais les résultats de la méthode sont brillants et d'une application facile.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. Th..., chauffeur de la S.T.C.R.P., âgé de 32 ans, atteint d'une maladie de Dupuytren bilatérale, vient nous consulter le 11 Avril 1933.

Le début de l'affection remonte à 5 ans.

Pas d'antécédents spéciaux.

Examen : à gauche) la première phalange de l'annulaire est fléchie à angle droit sur le métacarpe, la deuxième phalange est fléchie elle-même à angle droit sur la première et la troisième est en extension sur la deuxième, le médius est presque fléchi à angle droit sur la paume ; il existe un début de flexion du cinquième doigt.

à droite) les troisième et quatrième doigts sont fléchis à angle presque droit, la peau palmaire présente des nodosités multiples en regard des tendons correspondants.

Opéré le 14 Avril 1933 par le Docteur Braine.

Anesthésie à l'éther, bande d'Esmarch.

La main gauche est opérée la première.

On taille un lambeau en pont suivant le procédé du Docteur Desplas.

On dissèque la peau, puis soigneusement l'aponévrose palmaire, qu'on extirpe le plus complètement possible.

On enlève la bande d'Esmarch, l'hémostase est simple car peu de lésions vasculaires.

Suture du lambeau au fil de lin espacé.

Drainage filiforme, pansement au collargol, en laissant la main en position de fonction.

Les suites opératoires sont excellentes. Le malade sort du service le 24 Avril. Le 30 Mai traitement post-opératoire par l'ionisation iodée, il subit quinze séances.

Les doigts sont en bonne position et fonctionnent normalement.

OBSERVATION II

M. B..., âgée de 35 ans, employé, atteint d'une maladie de Dupuytren de la main droite dont le début remonte à deux ans, vient nous consulter le 30 Avril 1933 à l'Hôpital Saint-Antoine.

Le quatrième doigt de la main droite est fléchi, formant un angle presque droit avec le métacarpe correspondant ; il existe une corde fibreuse avec capitonnage de la peau au niveau du tendon répondant à ce doigt.

Le troisième et le cinquième doigts présentent un début de flexion avec capitonnage de la peau palmaire.

Opéré le 2 Mai 1933 par le Docteur Braine, suivant le procédé du Docteur Desplas (lambeau en pont).

Dissection et résection de l'aponévrose palmaire, moyenne avec ses expansions, aussi complète qu'il est possible.

Hémostase, suture au fil de lin. Drainage filiforme. Pansement au collargol.

Le malade ne subit qu'insuffisamment des séances d'ionisation.

Il est revu à plusieurs reprises, en particulier récemment, le 31 Janvier 1938, sur notre convocation.

Le résultat fonctionnel est excellent, les mouvements de flexion et d'extension des doigts atteints sont parfaits.

La cicatrice opératoire au niveau du pli palmaire supérieur est totalement invisible, seule, une certaine callosité existe, sur la tranche interne du pont, laquelle aurait été vraisemblablement réduite, voire même abolie, si les séances d'ionisation n'avaient pas été si limitées.

Le malade enfin se sert admirablement de sa main, sans éprouver le moindre trouble.

Actuellement lors de notre dernier examen, nous avons constaté un début de rétraction de l'aponévrose palmaire de la main gauche, sur laquelle il existe un petit nodule initial ; en regard du quatrième doigt au niveau du pli palmaire supérieur.

OBSERVATION III

Notre malade de l'Observation I revient le 7 mars 1934 pour se faire opérer de la main droite, dont les lésions sont plus accentuées que lors du premier examen.

Les troisième et quatrième doigts sont fléchis à angle droit dans la paume, le cinquième doigt commence à son tour à se fléchir.

Il est opéré le 9 Mars par le Docteur Braine, suivant sa méthode exposée plus haut.

Anesthésie générale à l'éther. Bande d'Esmarch.

On délimite un lambeau angulaire composé :

1° d'une incision palmaire longitudinale allant du milieu du poignet jusqu'à la deuxième commissure interdigitale ;

2° l'autre horizontale passant par les plis digito-palmaires des troisième, quatrième et cinquième doigts.

Le lambeau est disséqué et rabattu vers l'éminence hypothénar, aussi peut-on se créer un accès plus large afin de disséquer et réséquer l'aponévrose palmaire moyenne avec toutes ses expansions, en partant du tendon du petit palmaire et en allant jusqu'à la partie supérieure des premières phalanges des 3°, 4° et 5° doigts..

Pour arriver à la dissection complète du tissu cicatriciel le long des premières phalanges et jusqu'au voisinage des deuxième, on pratique deux petites incisions longitudinales parallèles à chacun des bords du doigt, jusqu'au pli unissant les premières et deuxième phalanges.

La dissection terminée les, doigts ont repris leur position normale.

Ablation de la bande d'Esmarch. Hémostase très simple car peu de lésions vasculaires.

Suture du lambeau au fil de lin, points assez lâches. Drainage filiforme à sa base.

Pansement au collargol. Main en position de fonction.

Les suites opératoires sont bonnes.

Après cicatrisation de la plaie, le malade subit 15 séances d'ionisation iodée.

Revu trois mois après il présente un très bon résultat fonctionnel.

Les cicatrices sont souples, indolores et invisibles. Le

malade a repris son métier de chauffeur de la T.C.R.P., qu'il avait abandonné, étant dans l'impossibilité de conduire.

Revu le 10 Janvier 1938, le résultat bilatéral reste excellent.

Aucune tendance à la récurrence.

Position et fonction des doigts normales.

OBSERVATION IV

M. F..., chauffeur, âgé de 51 ans, se présente le 27 avril 1934 à la consultation de Chirurgie de l'Hôpital St-Antoine pour une maladie de Dupuytren de la main gauche, dont le début remonte à douze ans.

Malgré l'ancienneté de la rétraction, seul l'annulaire est très atteint et présente une flexion permanente dans la paume, l'extrémité du doigt étant impossible à redresser la flexion de la deuxième phalange sur la première étant à angle très aigu.

Les autres doigts sont indemnes de toute lésion et leur fonctionnement est normal.

La main gauche présente une induration au niveau du tendon fléchisseur de l'annulaire, et la peau palmaire des callosités multiples.

Pas d'antécédents spéciaux.

Il est opéré le 30 mai 1934 par le Docteur Braine.

Anesthésie à l'éther.

Bande d'Esmarch.

Incisions cutanées habituelles. On délimite un lambeau unique palmaire dont une branche descend verticalement dans le pli d'abduction du pouce, c'est-à-dire dans le deuxième espace interosseux jusqu'à la commissure séparant l'index du médium et l'autre branche horizontale, passe dans les plis digito-palmaires des 3°, 4° et 5° doigts.

Le lambeau est disséqué et rabattu vers l'éminence hypothénar, ainsi peut-on se créer un accès plus large, afin de disséquer et réséquer l'aponévrose palmaire moyenne, avec toutes ses expansions, en partant du tendon du petit palmaire.

Les lésions fibreuses sont particulièrement marquées au niveau des gaines tendineuses des fléchisseurs de l'annulaire.

Excision en bloc de l'aponévrose palmaire. On complète

la dissection du tissu cicatriciel le long de la première phalange de l'annulaire par deux petites incisions parallèles à chacun des bords du doigt, jusqu'au pli unissant les première et deuxième phalanges.

La dissection terminée, il ne reste absolument que les tendons dans leurs gâines fibreuses, les paquets vasculo-nerveux et les muscles lombricaux.

Ablation de la bande d'Esmarch et hémostase d'ailleurs très simple, car peu de lésions vasculaires, par suite de la dissection attentive.

Suture avec affrontement cutané très attentif au fil de lin, points espacés pour ne pas renfermer d'hématome. Drainage filiforme à la base.

Pansement à la pommade au collargol à 10 %.

La main est placée en position de fonction.

Les suites opératoires sont excellentes.

Après cicatrisation de la plaie opératoire, il subit douze séances d'ionisation iodée.

Revu deux mois après il présente un très bon résultat fonctionnel. Il a repris son métier de chauffeur des postes.

Revu le 10 janvier 1938 le résultat reste excellent, sans aucune tendance à la récurrence.

Les cicatrices sont souples et indolores.

OBSERVATION V

M. Y..., âgé de 60 ans, maçon, se présente à la consultation de chirurgie de l'Hôpital St-Antoine le 29 avril 1934 pour une maladie de Dupuytren de la main gauche, dont le début remonte à 7 ans.

La rétraction de l'aponévrose est surtout marquée au niveau de l'annulaire, qui est en flexion permanente dans la paume, formant un angle presque droit avec le métacarpe correspondant.

Il existe des callosités multiples à la paume, siégeant au niveau de la racine des trois derniers doigts.

Aucun antécédent ne peut être relevé.

Il est opéré le 30 mai 1934 par le Docteur Braine.

Anesthésie à l'éther, bande d'Esmarch.

Opération suivant procédé habituel.

Deux incisions permettent de délimiter un lambeau angulaire à charnière hypothénarienne, dont le grand côté est longitudinal et se dirige vers la commissure séparant les deuxième et troisième doigts, et dont le petit côté passe par les plis de flexion digito-palmaires des trois derniers doigts.

Le lambeau est séparé de l'aponévrose palmaire qui présente de multiples callosités fibreuses ; la dissection est assez pénible ; deux trous sont faits à la peau du lambeau, celui-ci disséqué est rabattu vers l'éminence hypothénar.

Toute l'aponévrose palmaire répondant aux trois derniers doigts est disséquée et réséquée avec toutes ses expansions en partant du tendon du petit palmaire à la hauteur du pli inférieur du poignet.

Grâce à l'hémostase parfaite due à la bande d'Esmarch, la dissection est faite très complètement ; elle est poussée jusqu'à la deuxième phalange de l'annulaire, le plus atteint, grâce à deux petites incisions longitudinales latérales, qui délimitent un petit lambeau palmaire phalangien.

Suture très exacte du lambeau angulaire au fil de lin. Drainage par une botte de crins à la hauteur des plis digito-palmaires.

Pansement habituel, main en position de fonction.

Les suites opératoires sont bonnes. Il persiste quelques granulations au niveau de la plaie opératoire, qui sont cicatrisées au nitrate d'argent.

Le 25 juin, la cicatrisation est parfaite.

Le malade est soumis au traitement post-opératoire par l'ionisation iodée. Il subit quatorze séances.

Revu successivement au mois de décembre 1934 et 10 janvier 1938, le résultat reste parfait.

Les doigts sont en bonne position et fonctionnent normalement, il n'y a pas de raideur articulaire, pas de limitation des mouvements et les cicatrices sont souples, indolores, à peine visibles.

10 janvier 1938. — L'examen de la main droite révèle l'existence d'un nodule au niveau du tendon fléchisseur du quatrième doigt, nous lui conseillons de se faire opérer dès le moindre début de flexion.

OBSERVATION VI

M. D..., âgé de 41 ans, manœuvre, se présente à la Consultation de chirurgie de l'Hôpital Saint-Antoine le 1^{er} août 1934, pour une maladie de Dupuytren bilatérale dont le début remonte à dix ans.

A gauche : début de la flexion du quatrième doigt avec pli très adhérent et nodosité ; les autres doigts sont indemnes.

A droite : les trois derniers doigts sont fléchis à angle presque droit dans la paume qui présente une callosité très marquée à la racine des quatrième et cinquième doigts et un peu moins au niveau du troisième.

Opéré le 3 août par le Docteur Braine.

On commence par le côté droit, le plus atteint.

Anesthésie générale par inhalation, bande d'Esmarch.

On délimite un lambeau à charnière hypothénarienne dont les deux autres côtés répondent :

1° à une ligne unissant la deuxième commissure interdigitale avec la ligne médiane antérieure du poignet ;

2° aux plis digito-palmaires des trois derniers doigts.

On dissèque tout le lambeau et on extirpe toute l'aponévrose palmaire moyenne avec ses expansions, depuis le tendon du petit palmaire qui sert de tracteur, jusqu'aux premières phalanges des doigts. Toute l'aponévrose et le tissu calleux sont extirpés en bloc. La dissection est poursuivie jusqu'aux premières phalanges, grâce à un débridement latéral sur chacune.

Hémostase extrêmement simple. Suture complète du lambeau au fil de lin et mise en place de la main en position de fonction.

Les suites opératoires sont bonnes ; les fils sont enlevés le treizième jour, le malade a subi vingt séances d'ionisation iodée.

Revu le 6 novembre 1934 le résultat fonctionnel immédiat est très bon.

Il est opéré du côté gauche le 15 janvier 1935.

Dissection et résection de l'aponévrose d'après les incisions cutanées habituelles.

Les suites opératoires sont excellentes. L'opéré subit quinze séances d'ionisation.

Revu le 10 mars, il présente un résultat bilatéral parfait et reprend son travail à la fin du mois.

Depuis n'ayant laissé aucune adresse, nous n'avons pu l'atteindre.

OBSERVATION VII

M. L..., âgé de 38 ans, charpentier, se présente à la Consultation de chirurgie de l'Hôpital Saint-Antoine le 15 octobre 1934, pour une maladie de Dupuytren de la main droite, dont le début remonte à onze ans.

La lésion est surtout marquée au niveau du 5^e doigt dont la première phalange est fléchie à angle droit sur le métacarpe ; la deuxième phalange est fléchie à angle aigu sur la première ; la phalangette dans le prolongement de la deuxième phalange, est appliquée sur la paume de la main.

Il existe à la face palmaire de la main, au niveau du tendon répondant à ce doigt, une corde fibreuse, dure, avec capitonnage de la peau.

En outre, deux nodules siégeant vers le pli palmaire moyen avec capitonnage de la peau et début de flexion au niveau des 3^e et 4^e doigts.

Opéré par le Docteur Braine le 17 octobre 1934.

Anesthésie générale à l'Ether — Bande d'Esmarch.

Incisions cutanées suivant le procédé décrit.

Résection de toute l'aponévrose palmaire, moyenne et de ses expansions, en partant du tendon du petit palmaire. On constate l'existence de 3 nodules extrêmement durs et de bandes fibreuses épaissies, surtout marquées au niveau du 5^e doigt.

La dissection est poursuivie vers la première phalange des trois derniers doigts.

Hémostase très simple et parfaite après ablation de la bande d'Esmarch.

Suture lâche du lambeau au fil de lin. Drainage filiforme à la base.

Pansement au Collargol, main en position de fonction ; suites opératoires bonnes.

Le malade quitte l'Hôpital le 29 octobre.

Quelques pansements au collargol sont encore nécessaires pour achever complètement la cicatrisation.

Le 15 Novembre le malade commence les séances d'ionisation iodée avec mouvements des doigts. Il subit 15 séances au rythme habituel.

Revu trois mois après, il présente un résultat fonctionnel parfait, surtout au niveau des 3° et 4° doigts, l'extension de la première articulation interphalangienne du 5° doigt est limitée, le doigt est cependant capable de mouvements.

D'après certains renseignements, jusqu'au mois de Février 1937, le résultat est bon, le malade continue son travail sans être nullement gêné par l'extension imparfaite du 5° doigt, les cicatrices sont souples et indolores.

Depuis lors, nous n'avons pu contrôler le résultat, le malade étant parti sans laisser d'adresse.

OBSERVATION VIII

M. G..., 33 ans, employé de Métro, vient à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine fin Juillet 1935 pour une maladie de Dupuytren du troisième doigt de la main droite, dont le début remonte à 2 ans.

A l'examen clinique nous constatons les lésions suivantes : la première phalange est fléchie à angle droit sur le métacarpe, la 2° elle-même est fléchie sur la 1^{re} formant ainsi un angle plus ou moins aigu, la phalangelette est dans le prolongement de la 2° phalange.

A la face palmaire de la main, en regard du tendon correspondant à ce doigt, on constate l'existence d'une corde fibreuse, tendue avec un noyau unique au voisinage du tendon ; par ailleurs, la peau est épaisse, capitonée.

Le malade ne pouvant se servir de sa main droite, étant donné la flexion permanente du 3° doigt qui vient s'appliquer contre l'éminence thénar.

Il est opéré par le Docteur Braine le 7 Août 1935.

Bande d'Esmarch. Anesthésie générale par inhalation.

Opération suivant procédé habituel.

Dissection de l'aponévrose palmaire et résection jusqu'à la base de la 2° phalange.

On retire la bande d'Esmarch, l'hémostase est parfaite.

On fait un pansement à la pommade au collargol, la main est laissée en position de fonction.

Les suites opératoires sont excellentes.

L'opéré sort du service le 20 Août 1935.

Un mois après le malade commence les séances d'ionisation iodée, on lui en fait subir dix au rythme habituel.

Il est revu successivement le 15 Avril 1936 et 8 Janvier 1938.

Son doigt est en bonne position et fonctionne normalement. Sa main est absolument normale. Seul il existe au niveau de l'incision longitudinale et sur une étendue de 3 centimètres, un léger durcissement de la peau, qui, du reste, n'adhère pas aux plans sous-jacents (ceci dû à un nombre insuffisant de séances). L'incision horizontale passant par les plis de flexion digito-palmares des trois derniers doigts est imperceptible.

Le malade satisfait du résultat de l'opération a pu reprendre son travail.

OBSERVATION IX

M. G..., 45 ans, charpentier, se présente à la consultation de chirurgie de l'Hôpital Saint-Antoine le 10 Août 1935. Le malade est atteint d'une maladie de Dupuytren bilatérale dont le début remonte à six ans, les deux mains auraient été prises ensemble.

Examen : le 5° doigt de la main droite est fléchi en permanence dans la paume de la main, il est incrusté avec impossibilité de redressement.

Il existe une corde fibreuse à la face palmaire de la main au niveau du tendon répondant à ce doigt, avec capitonnage de la peau en regard des 3° et 4° doigt dont les premières phalanges sont fléchies à angle droit sur le métacarpe correspondant.

A gauche : rétraction au niveau du 3° doigt presque fléchi à angle droit, sur la paume, avec pli très adhérent et nodosités.

Antécédents : rhumatisme chronique déformant.

Opéré le 12 Août 1935 par le Docteur Braine.

Bande d'Esmarch, anesthésie à l'éther.

La main droite seule est opérée cette fois, afin de sauver la fonction.

Tracé habituel des incisions cutanées.

Dissection de la peau.

Dissection et résection de l'aponévrose palmaire et toutes ses expansions.

Hémostase, suture au fil de lin.

Pansement habituel.

Les suites opératoires sont bonnes, on retire les fils le douzième jour.

Le malade a subi 20 séances d'ionisation iodée.

Revu 7 mois après, il a un bon résultat fonctionnel au niveau des 3^e et 4^e doigts ; le 5^e est légèrement fléchi ; les cicatrices sont souples et indolores.

Revu le 8 Janvier 1938, nous constatons que le résultat éloigné de l'intervention est parfait, les cicatrices sont souples, les doigts fonctionnent normalement, pas de récurrence, seule persiste une légère limitation de l'extension du 5^e doigt.

Quant à la main gauche, les lésions sont de plus en plus accentuées, le médius est totalement fléchi dans la paume de la main, l'annulaire commence également à se fléchir et le 5^e doigt est actuellement indemne. Malgré nos conseils, le malade se refuse à toute intervention.

OBSERVATION X

M. F..., chasseur, âgé de 40 ans, vient consulter à l'Hôpital Saint-Antoine le 4 Octobre 1935, étant atteint depuis 5 ans d'une maladie de Dupuytren.

La rétraction a commencé par la main droite où les lésions sont plus marquées ; en effet les deux derniers doigts sont presque incrustés dans la main en flexion permanente.

Le troisième doigt est en flexion à angle droit sur le métacarpe, l'extension est impossible ; des nodosités multiples siégeant en regard des tendons correspondants, font saillie sous la peau.

A gauche : la rétraction est limitée cliniquement au 4^e doigt qui est presque fléchi à angle droit sur la paume. Le début remonte à quatre ans.

Opéré le 9 Octobre par le Docteur Braine.

On commence par la main droite où les lésions sont plus accentuées.

Anesthésie générale à l'éther. Bande d'Esmarch.

Incision angulaire habituelle. On dissèque soigneusement le volet de forme triangulaire et on le récline vers sa charnière qui correspond au bord hypothénarien de la main.

On commence la dissection par le poignet en coupant le tendon du petit palmaire ; on descend en se servant de ce tendon tracteur, vers la racine des doigts ; on constate l'existence de bandes fibreuses extrêmement épaisses, blanc nacré, criant sous le bistouri et qui amarrent en flexion vers la paume, le 4° et le 5° doigts.

Dissection et résection de l'aponévrose et ses expansions jusqu'à la base de la deuxième phalange des trois derniers doigts, grâce à une incision pratiquée sur le bord cubital de ces doigts.

On enlève la bande d'Esmarch et l'on fait une hémostase très soignée.

Suture avec affrontement cutané très attentif au fil de lin.

La suture à la racine des 4° et 5° doigts tire un peu ; les lésions étant là plus marquées.

Pansement au collargol. Main laissée en position de fonction. Ablation des fils le 25 Octobre ; petite désunion au niveau des 4° et 5° doigts, nitrage, pansement au collargol.

Le 5 Novembre, la cicatrisation est parfaite ; le malade commence les séances d'ionisation iodée, il en subit quinze.

Revu deux mois après les mouvements de flexion sont possibles au niveau des deux derniers doigts, seule, l'extension en est limitée par une certaine raideur articulaire siégeant au niveau de la première articulation interphalangienne.

Le 3° doigt est en bonne position, il fonctionne normalement. La cicatrisation est souple et indolore.

L'opéré est revu le 10 Janvier 1938, il se sert très bien de sa main, il n'y a aucune tendance à la récurrence, seule l'ankylose persiste.

OBSERVATION XI

M. B..., âgé de 61 ans, gardien d'usine, se présente à la consultation de chirurgie de l'Hôpital Saint-Antoine, le 28 Juillet 1936, pour une maladie de Dupuytren bilatérale dont le début remonte à 13 ans.

Rien de spécial dans ses antécédents.

À gauche les lésions sont plus marquées, les 4° et 5° doigts sont incrustés dans la paume de la main, la peau est indurée et à la palpation on constate l'existence d'un nodule gros comme un haricot situé dans la profondeur.

La main droite présente une induration au niveau du tendon fléchisseur du 4° doigt. Avec capitonnage de la peau et un début de flexion de la première phalange sur le métacarpe.

Opéré par le Docteur Braine le 8 Août.

Anesthésie générale. Bande d'Esmarch.

Incision habituelle angulaire commençant au poignet le long du petit palmaire jusqu'à la deuxième commissure interdigitale et l'autre côté en suivant les plis digito-palmaires.

Résection totale de toute l'aponévrose palmaire et de ses expansions — elle est poursuivie sur les premières phalanges, grâce à un débridement latéral sur chacune d'elles.

On arrive à redresser, non sans peine, les deux doigts infléchis depuis fort longtemps.

Hémostase très soigneuse. Suture au fil de lin.

La main est laissée en position normale.

Sort de l'Hôpital le 23 Août.

Suites opératoires : rien à signaler.

Le 20 Septembre le malade commence son traitement physio-thérapique par l'ionisation iodée ; il subit quinze séances.

Résultat parfait.

Le malade est revu successivement le 10 Juin 1937 et le 8 Janvier 1938. Les mouvements de flexion et d'extension se font sans difficulté. Il existe une cicatrice chéloïdienne indolore sur le 1/3 supérieur de l'incision longitudinale. L'incision au niveau des plis digitaux est invisible, celle longitudinale semble légèrement tendue par manque de peau, mais les mouvements ne sont pas gênés.

Résultat excellent, pas de récurrence.

Sur la main droite qui n'a pas été opérée, les lésions sont plus avancées qu'auparavant, il existe une flexion permanente du 4° doigt dont la première phalange est en flexion à angle droit sur le métacarpe ; la peau est capitonnée au niveau du pli palmaire inférieur et le malade quoique satisfait du résultat sur sa main gauche, prétextant être trop âgé, se refuse à toute autre intervention.

OBSERVATION XII

M. T..., 37 ans, ébéniste.

Il est atteint d'une rétraction de l'aponévrose palmaire de la main gauche, surtout marquée au niveau du 5^e doigt dont la première phalange est en flexion à angle droit sur le métacarpe ; la deuxième phalange est fléchie elle-même à angle droit sur la première et la troisième phalange est également fléchie sur la deuxième ; le malade met cette dernière flexion sur le compte d'un traumatisme remontant à l'enfance.

La rétraction s'étendant aussi aux 3^e et 4^e doigts qui sont fléchis à angle presque droit sur le métacarpe correspondant et (fait curieux) les phalanges respectives sont en flexion permanente sur la deuxième phalange au lieu de se trouver sur leurs prolongements.

En même temps, le malade souffre et présente un œdème dur au niveau de la face dorsale de la main gauche, dont la face palmaire a une peau dure et rétractée.

L'évolution de ces déformations est rapide car le malade vient nous consulter le 25 Mars 1937 et fait remonter le début de l'affection à deux ans.

Pas d'antécédents spéciaux.

Il est opéré le 2 Avril 1937 par le Docteur Braine.

Anesthésie à l'éther. Bande d'Esmarch.

Opération suivant procédé habituel.

On fait une dissection très soigneuse de l'aponévrose et ses expansions ; on constate l'existence de bandes fibreuses extrêmement épaisses, blanc nacré, criant sous le bistouri et qui amarrent en flexion vers la paume, les 3^e, 4^e et 5^e doigts.

On poursuit la dissection de l'aponévrose sur les phalanges (premières phalanges des trois derniers doigts), grâce à une incision pratiquée sur le bord cubital de ces doigts.

Grâce à l'hémostase parfaite due à la bande d'Esmarch, la dissection est faite très complètement, toute l'aponévrose est enlevée en bloc.

Conséquence anatomique : Les doigts ont repris leur position normale.

On enlève la bande d'Esmarch, pas d'hémorragie. Suture très exacte du lambeau au fil de lin, avec drainage filiforme à la hauteur des plis digito-palmaires.

On fait un pansement à la pommade au collargol. La main est laissée en position de fonction.

Les suites opératoires sont excellentes.

L'opéré sort du service le 17 Avril 1937 et le 8 Mai il commence les séances d'ionisation iodée. Il subit au total 15 séances.

Revu le 8 Janvier 1938, il a un très bon résultat fonctionnel : allongement total des doigts, tous les mouvements sont possibles, seule la flexion des trois dernières phalanges est limitée par une ancienne raideur articulaire.

La cicatrice est souple, indolore et impossible à déceler au niveau des plis digito-palmaires, ce qui prouve que même dans les cas avancés on peut obtenir un résultat satisfaisant.

OBSERVATION XIII

M. P..., âgé de 66 ans, sans profession, est atteint d'une maladie de Dupuytren bilatérale dont le début remonte à 1914 pour la main gauche, 1927 pour la main droite.

Du côté gauche les trois derniers doigts sont repliés dans la paume de la main.

Du côté droit contrairement aux cas habituels, le doigt le plus atteint est le médius; lequel est fléchi dans la paume en formant un angle droit avec le métacarpe correspondant; l'annulaire est moins atteint, le 5° doigt est indemne.

Le malade est opéré le 29 Novembre 1937 par le Docteur Braine.

Bande d'Esmarch. Anesthésie à l'éther.

On commence par le côté droit de façon à sauver la fonction de la main correspondante, avant de s'attaquer à la gauche où elle paraît très compromise.

On délimite un lambeau angulaire composé :

1° d'une ligne verticale allant du milieu du poignet sur le tendon du petit palmaire, à la commissure du deuxième espace ;

2° l'autre horizontale passant par les plis digito-palmaires des 3°, 4° et 5° doigts.

On rabat vers le bord cubital de la main. En disséquant la peau on rencontre du tissu fibreux en grandes plages, qui

la fait adhérer ; celle-ci est envahie, incrustée, rendant la dissection difficile.

En dégageant cette peau on aperçoit en dedans le palmaire cutané au niveau duquel ne se trouve aucun tissu fibreux.

On décolle ensuite complètement le lambeau et on met à nu le tendon du petit palmaire, qui sert de guide pour la dissection de l'aponévrose. On le coupe, puis on descend l'aponévrose palmaire moyenne à partir de la gaine de l'index.

On dissèque soigneusement la gaine tendineuse du médus.

Avec même précaution, on résèque le tissu fibreux adhérent à l'aponévrose palmaire moyenne en décollant la gaine des fléchisseurs particulièrement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, ainsi que le long du tendon de l'interosseux et de la première phalange des 3^e et 4^e doigts. On dégage de cette façon les gaines des 3^e, 4^e et 5^e doigts.

A chaque doigt on résèque les expansions de l'aponévrose jusqu'à la face latérale des articulations métacarpo-phalangiennes.

La dissection est poursuivie presque jusqu'au plan squelettique.

A la fin de l'intervention on peut soulever les paquets vasculo-nerveux, les artères sont dilatées et sinueuses.

On peut suivre les lombricaux et les interosseux. On suture les petits lambeaux constitués par les débridements au niveau des premières phalanges.

L'hémostase est facile lorsqu'on a lié quelques petits troncs collatéraux (huit à dix ligatures).

Le lambeau est rabattu et remis en place, après une suture précise, mais assez lâche, pour ne pas renfermer l'hématome. Les plis de la peau permettent d'affronter le lambeau très exactement.

Pansement au collargol. Main en position de fonction.

Les suites opératoires sont excellentes, les fils sont enlevés le douzième jour.

L'opéré sort du service le 15 Décembre avec un résultat immédiat excellent.

Revu le 3 Janvier 1938. Le résultat opératoire et fonc-

tionnel est magnifique. Le malade a subi en tout quinze séances d'ionisation iodée.

Revu à nouveau le 8 février 1938, la paume de la main a repris toute sa souplesse, les cicatrices sont souples, indolores et à peine visibles. La fonction des doigts est complètement rétablie.

RÉSUMÉ :

Dans les 13 observations recueillies, comme nous pouvons le constater, le Docteur Braine pour les deux premières a employé la technique du Docteur Desplas (lambeau en pont), ensuite, pour obtenir un jour plus considérable et faciliter ainsi l'ablation complète de l'aponévrose rétractée, il supprime ce lambeau, créant en quelque sorte une nouvelle méthode qu'il applique aux onze cas suivants.

Dans l'ensemble les résultats sont excellents à tous points de vue ; seul dans deux cas, vu l'ancienneté des lésions et l'existence de déformation ostéo-articulaires invétérées, il existe une légère diminution de l'extension du 4^e doigt le plus atteint.

Tout ceci démontre que si l'extirpation aponévrotique est complète les altérations de la peau n'ont aucun inconvénient et les résultats définitifs sont parfaits.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède et des faits cliniques observés, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° La maladie de Dupuytren est une affection dont l'étiologie n'est pas encore exactement connue. De là provient l'empirisme de la thérapeutique employée vis-à-vis d'elles et la diversité des traitements préconisés.

Toutefois, à défaut de thérapeutique étiologique aujourd'hui inexistante, un seul traitement a fait ses preuves : c'est le traitement chirurgical.

Pour que les résultats en soient durables, il est nécessaire de réaliser une excision extrêmement large et complète, non seulement de l'aponévrose altérée, mais aussi de toutes ses expansions à la peau aux espaces interosseux, aux métacarpiens et aux phalanges.

Pour remplir ces conditions, nous donnons notre préférence à la technique que nous exposons en détail dans ce travail.

2° L'extirpation de tous les tissus fibreux altérés, doit être aussi complète que possible pour éviter les récidives. Il faut faire une dissection très soigneuse, afin de respecter l'intégrité des éléments vasculo-nerveux de la région et nous mettre à l'abri des troubles trophiques post-opératoires qui résulteraient de dissections mal faites, s'accompagnant de lésions traumatiques des nerfs palmaires et des vaisseaux.

3° L'efficacité du traitement dépend de la précocité de l'intervention.

Dans les périodes avancées de la maladie il ne s'agit plus seulement d'une lésion aponévrotique. La propagation du processus de sclérose rétractile à la peau et aux tissus profonds entraîne des déformations ostéo-articulaires secondaires invétérées.

Dans les cas anciens alors même que les doigts sont incrustés dans la paume, la dissection de la peau et la résection de l'aponévrose sont possibles ; c'est une question de minutie, de patience.

4° L'aponévrectomie, et elle seule, peut donner des guérisons, ou tout au moins des améliorations considérables, dans les cas en apparence désespérés, où les malades réclamaient l'amputation des doigts fléchis et incrustés dans la paume.

L'opération ne peut avoir d'action sur les déformations ostéo-articulaires anciennes, d'où l'intérêt à ne pas attendre trop longtemps pour s'attaquer à la cure opératoire de cette affection.

5° L'ionisation iodée par son action sclérolisante, est un adjuvant très précieux qui donne aux cicatrices cutanées une souplesse parfaite. Elle réussit souvent à rendre presque invisibles les traces des incisions opératoires.

Vu : le Doyen
TIFFENEAU.

Vu : le Président
CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSEY

BIBLIOGRAPHIE

- Antonioli.* — (1927) *Annali italiani di chirurgia.*
- Berger* (Paul). — Mémoires de l'Académie de Médecine (19 Avril 1892).
- Blum.* — Chirurgie de la main (1882).
- Bouyguès.* — De la rétraction de l'aponévrose palmaire (*Archives générales de médecine*, 20 Octobre 1906, p. 2513).
- Braine.* — Bull. mém. soc. chir. (8 Nov. 1933, p. 1339).
- Cooper Astley.* — Œuvres chirurgicales (traduction de Chas-saignac et Richelot, 1837, p. 122).
- Dupuytren.* — Leçons orales de clinique (*Journal de Chirurgie*, Paris, 1831-1832).
— Jour. un. et hebd. méd. et chir. prat. (1833, p. 348).
- Delbet* (Pierre). — Leçons de clinique chirurgicale (1839, p. 348).
- Desplas et Meillère.* — Sté Nat. de Chir. (séance du 2 Mars 1932, p. 434, et 1934, p. 174).
- Delchef.* — Bull. Soc. Belge orth. (Février 1936), et le Scalpel (13 Avril 1935).
- Fernandez.* — *Semana méd.* 1 (206, 262, Janv. 28-37).
- Goyrand.* — Mém. de l'Acad. de Méd. (1833, Tome III, p. 489), *Gazette méd. de Paris* (1834, p. 219 ; 1835, p. 481).
- Hartmann.* — Rétraction de l'aponévrose palmaire (*Journal des praticiens*, 29 Juin 1928, p. 405).
- Hutchinson's.* — *Archives of surgery* (1887, p. 335), and the *Lancet* (1917).
- Iselin.* — Tome III, Orth. Mathieu et Ombredanne (p. 2794).

Kocher. — Centralblatt für chirurg. (1887, n° 26, p. 481, et
n 27, p. 997).

Kanavel. — S. Koch et Mason (Surg. Gyn., Obst. 1924, p. 144).

Lexer. — Wiederherstellung chir. amb. Barth. ed. (Leipzig,
1931).

Legueu et Juvara. — Bull. de la soc. anat. (27 mai 1892, p.
283).

Moure. — Bull. mém. soc. chir. (1933, p. 444).

Pitaud. — Rétraction de l'aponévrose palmaire (thèse de Pa-
ris, 1909).

Rogues de Fursac. — (Thèse de Paris, 1892).

Routier. — Sté de chir. (24 Juin 1908, p. 860).

Seemen. — Deutsche Zeitschrift für chir. (Berlin, vol. 246.
fasc. 11 et 12, 22 Avril 1936).

Trélat. — Clinique chirurgicale (1891, Tome III, p. 66 et 73.
Leçons publiées par les soins de Pierre Delbet).

Tugler. — (Thèse de Paris, 1932) Sur un nouveau procédé de
traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
ANATOMIE	13
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	22
TRAITEMENT — TECHNIQUE	24
OBSERVATIONS	31
CONCLUSIONS	48
BIBLIOGRAPHIE	50